


Il nuovo processo dell'invalidità civile: le istruzioni operative dell'Inps

Silvano Imbriaci *Avvocato in Firenze*

 *L'art. 20 del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78 (conv. con modifiche nella legge n. 102/1999) ha introdotto importanti modifiche in materia di gestione delle controversie di invalidità civile, attribuendo all'Inps un ruolo decisivo ed unificando le varie competenze finora attribuite settorialmente. La circolare in commento interviene a fornire importanti indicazioni riepilogative ed organizzative agli uffici la cui conoscenza è indispensabile per comprendere le novità del nuovo sistema procedimentale di attribuzione delle provvidenze economiche in materia di invalidità civile*

Inps - Circolare 28.12.2009, n. 131

Oggetto: Art. 20 del DL n. 78/2009 convertito con modificazioni nella legge n. 102 del 3 agosto 2009 - Nuovo processo dell'Invalidità civile - Aspetti organizzativi e prime istruzioni operative. Istruzioni contabili. Variazioni al piano dei conti

La circolare n. 131 del 28 dicembre 2009 completa il quadro delle molteplici indicazioni organizzative e di dettaglio fornite dall'Inps a seguito dell'emanazione, tra le norme varate all'interno dei provvedimenti anticrisi del luglio 2009 (decreto legge n. 78/2009 pubbl. in G.U. n. 150 del 1° luglio 2009, conv. con modifiche nella legge n. 112/2009), delle disposizioni in materia di semplificazione della fase amministrativa (e giudiziaria) per il conseguimento dei benefici in materia di invalidità civile. L'Inps era infatti già intervenuto in un primo momento con la circolare n. 93/2009 dedicata soprattutto ad evidenziare il nuovo ruolo del medico legale dell'Inps nella fase amministrativa e giudiziaria dei procedimenti di attribuzione delle provvidenze, e successivamente, tra gli altri, con il messaggio n. 24477 del 29 ottobre 2009, con il quale

è stato veicolato il contenuto della determinazione commissariale n. 189/2009, provvedimento che ha di fatto disegnato ed anticipato il nuovo flusso organizzativo dell'intero procedimento, con indicazioni sulle varie fasi dell'iter amministrativo, poi riprese ed ampliate dalla circolare in commento, anche in funzione di sintesi delle novità emerse nella disciplina.

Analizziamo, passo per passo, il nuovo iter procedurale, in vigore per le domande presentate dal 1° gennaio 2010, dalla fase iniziale della compilazione della certificazione medica e della proposizione della domanda amministrativa fino agli esiti della visita e all'eventuale contenzioso giudiziario, evidenziando le modalità applicative meglio delle altre rispondenti alle esigenze di trasparenza, razionalizzazione, gestione elettronica dei dati e delle informazioni e relativa disponibilità telematica: il tutto avendo presente lo scopo finale della riforma, ossia l'abbreviazione dei tempi di erogazione della prestazione mediante una complessiva semplificazione del sistema.

La compilazione del certificato medico e la presentazione della domanda

Una delle grosse novità del sistema è rappresentata dall'affidamento, in via esclusiva, agli strumenti telematici della fase di compilazione e di inoltro della certificazione medica e della domanda. Le domande per l'attribuzione dei benefici in materia di minorazioni civili (invalidità, cecità e sordomutismo), di accertamento dell'handicap (legge n. 104/1992) e della disabilità (legge n. 68/1999) dovranno infatti essere inoltrate all'Inps *esclusivamente* in via telematica, assieme alla certificazione medica attestante la natura delle infermità⁽¹⁾. Il tutto dovrà avvenire tramite un'applicazione appositamente creata dall'Istituto, riservata ai titolari di un codice di identificazione Pin assegnato dall'Inps al medico certificatore (il quale dovrà comunicare all'Inps anche l'indirizzo della propria ca-

(1) Sono stati previsti i seguenti modelli: modello A - domanda per **istante maggiorenne**; modello B - domanda per **istante minorenne e/o interdetto**; modello C - **certificato medico**; modello D - certificato attestante l'intrasportabilità ai fini della richiesta di **visita domiciliare**; modello E - **verbale sanitario**.

sella di Posta elettronica certificata) oppure ai cittadini o ad altri soggetti che ne facciano richiesta (www.inps.it - Sezione Servizi on line)⁽²⁾. Il primo passo è dunque quello della compilazione del certificato medico da parte di uno dei medici certificatori (il cui elenco sarà via via reso pubblico sul sito internet dell'Inps) attestante le infermità invalidanti⁽³⁾. Il certificato medico dovrà «riempire» dei campi informativi obbligatori e contenere necessariamente l'indicazione dell'ambito di invalidità di destinazione (invalidità civile, cecità, sordità, handicap, disabilità). Al certificato (la cui validità massima è di trenta giorni dalla data dell'acquisizione in procedura) verrà assegnato dalla procedura un numero di serie che l'utente dovrà poi indicare nella domanda vera e propria, per consentire l'abbinamento. Una volta in possesso della certificazione (che dovrà essere rilasciata anche in formato cartaceo ed in originale), l'interessato potrà presentare la domanda⁽⁴⁾, sempre in via telematica, nella quale dovrà obbligatoriamente essere indicato il numero della certificazione. Il termine per l'abbinamento (ossia per la compilazione della domanda) non può eccedere i trenta giorni dalla data di rilascio del certificato. Nella domanda saranno inoltre indicati i recapiti presso i quali l'interessato desidera ricevere le comunicazioni, sia in formato digitale che in forma cartacea. Non vi saranno più problemi, in questa prima fase, legati all'esigenza di integrare la documentazione o di individuare la decorrenza della prestazione, e determinati dalla incompletezza della domanda: infatti la procedura telematica consentirà l'invio della domanda solo se completa in tutte le sue parti⁽⁵⁾. Occorre peraltro segnalare che un'unica domanda può contenere più richieste. Inviata la domanda, la procedura rilascerà una ricevuta nella quale sarà indicato il protocollo e la data di presentazione della domanda stessa. La grossa novità è che, una volta inserita la domanda nella procedura, lo stato del procedimento risulterà tracciabile in ogni momento, attraverso la digita-

**Indicazione
immediata
della data
di visita medica**

zione dei codici identificativi assegnati in via telematica.

La visita

Un altro momento di sintesi della procedura e di indubbio vantaggio in termini temporali (almeno in teoria) è rappresentato dalla indicazione immediata della data in cui sarà tenuta la visita medica. La procedura infatti segnala in via automatica la data della visita (presso la Asl relativa alla località individuata in base al Cap) da effettuarsi in ogni caso entro trenta giorni⁽⁶⁾ dalla presentazione della domanda (l'utente potrà impostare una diversa preferenza, sempre entro il termine, salva la materiale disponibilità con la possibilità quindi di una visita anche successiva). Il richiedente riceverà comunque l'invito alla visita in via cartacea, con una comunicazione tendenzialmente completa, nella quale saranno indicati i documenti da portare, le modalità da seguire per eventuali impedimenti, le conseguenze derivanti dalla mancata presentazione a visita (è bene ricordare che la mancata presentazione alla seconda visita, comunque fissata in caso di mancata presentazione alla prima, implicherà rinuncia alla domanda: art. 5, comma 1, Dm n. 387/1991). L'interessato potrà farsi

assistere da un proprio medico di fiducia ed il medico certificatore potrà richiedere la visita domiciliare inviando apposita certificazione medica (per la concessione della visita domiciliare si aprirà un sub-procedimento).

Per effetto delle novità introdotte dall'art. 20 cit. la Commissione medica Asl sarà necessariamente integrata da un medico Inps quale componente effettivo. L'Inps metterà a disposizione delle Commissioni la documentazione necessaria per l'istruzione della pratica o tramite l'accesso diretto alla procedura o tramite la trasmissione dei dati in cooperazione applicativa (fascicolo elettronico). Il verbale di visita è compilato in formato elettronico, e conterrà obbligatoriamente tutti i dati necessari, fino alla determinazione della diagnosi se-

(2) I soggetti che possono utilizzare la nuova procedura telematica sono: i cittadini richiedenti, i medici certificatori, gli Enti di Patronato, le Associazioni di categoria dei disabili, i Presidenti delle Commissioni Mediche Asl; il personale amministrativo Asl debitamente autorizzato; i medici delle Cml dell'Inps; i dirigenti delle sedi Inps; i dipendenti delle sedi Inps che trattano le attività connesse all'invalidità civile.

(3) Solo nel caso di domande di collocamento mirato ex legge n. 68/1999 non è necessaria la certificazione medica.

(4) In sede di prima attuazione delle procedure di trasmissione telematica delle domande gli enti oggi preposti all'acquisizione delle domande di invalidità civile potranno comunque accettarle procedendo all'acquisizione delle stesse nella procedura di presentazione. In ogni caso la ricevuta della domanda da parte dell'istituto costituirà la data di decorrenza della domanda stessa.

(5) Oltre che per la sua incompletezza, la domanda sarà irricevibile in presenza di precedenti domande non ancora definite o di ricorsi amministrativi o giudiziari pendenti.

(6) Nel termine di 15 giorni in caso di patologie oncologiche debitamente segnalate in fase di compilazione del certificato.

condo la codifica Dm 5.2.1992. Ognuno dei componenti la Commissione dovrà esprimere il proprio parere (favorevole o contrario), in modo da classificare il giudizio all'unanimità o a maggioranza. Il verbale è stampato in duplice copia e firmato in originale, assieme al verbale riepilogativo della seduta di quella Commissione.

Esito della visita e verifiche

Il giudizio medico legale può concludersi in due modi:

a) *Giudizio all'unanimità.* In questo caso si attua un iter più snello, dal momento che viene eliminata la fase di verifica della durata di 60 giorni fino ad oggi in vigore. La verifica rimane, ma è svolta in via breve ed immediata dal Responsabile del Centro Medico Legale Inps a cui sarà demandata l'immediata validazione (salva la possibilità di disporre eventuali ulteriori accertamenti, in caso di fondati dubbi sulla diagnosi). Acquisita la validazione, il verbale sarà trasmesso da parte dell'Inps al domicilio e avviato il procedimento per l'erogazione del beneficio economico, se previsto.

b) *Giudizio a maggioranza:* in questo caso, il responsabile del Cml, nei 10 giorni successivi, potrà o validare comunque il verbale o disporre un ulteriore accertamento (visita da effettuarsi nei successivi 20 giorni). La visita sarà effettuata da una speciale commissione in composizione snella e diversa rispetto a quella che ha redatto il verbale (un medico Inps diverso da quello che ha partecipato alla Commissione integrata, un rappresentante delle associazioni, un operatore sociale in caso di disabilità o handicap). Nel caso di mancata presentazione a visita senza giustificato motivo la domanda sarà rigettata e l'interessato dovrà presentare nuova domanda.

Resta salva la possibilità, previa indicazione della Commissione medica superiore (nominata dal Coordinatore generale medico legale) in sede di monitoraggio complessivo dei verbali, di estrarre posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti, anche successivamente all'invio del verbale all'interessato, anche su segnalazione del Responsabile del Cml.

In ogni caso l'Istituto effettua delle verifiche cd. ordinarie nella misura tra il 2 ed il 5% sui verbali definiti annualmente dalla Commissione medica Asl, indipendentemente dal loro esito, attraverso un controllo da parte di Centri medico legali dislocati in regioni diverse da quelle in cui è avvenuto l'accertamento. Ciò anche allo scopo di armonizzare ed omogeneizzare le valutazioni sul territorio nazionale. Completano il quadro dei controlli i piani di verifiche straordinarie sulla permanenza

dello stato invalidante; per l'anno 2010, dando seguito al disposto della legge n. 103/2008, è prevista l'effettuazione di 100.000 visite su soggetti estratti fra i titolari di indennità di accompagnamento in erogazione da oltre 10 anni alla data del 1° aprile 2007 con età inferiore ai 67 anni al momento della verifica e fra i titolari di assegni di invalidità in godimento con data di decorrenza nei 5 anni antecedenti il 1° aprile 2007 con età compresa fra 45 e 60 anni al momento della verifica.

Trasmissione del verbale e liquidazione della prestazione

Il verbale con l'esito della visita è trasmesso all'interessato da parte dell'Inps. Avverso l'accertamento sanitario, ove naturalmente vi sia interesse, non è ammesso ricorso amministrativo (la riforma non ha inciso su questo aspetto), ma solo il ricorso giudiziario entro 6 mesi dalla notifica del verbale sanitario.

Nelle regioni in cui l'Inps ha la titolarità della concessione, assieme alla comunicazione del verbale sanitario sono richiesti i dati necessari per l'accertamento dei requisiti socio-economici collegati alle prestazioni assistenziali (dati che possono essere inviati anche in via telematica). L'Istituto verificherà tali elementi e avvierà la fase della

liquidazione del beneficio economico (da effettuarsi nel termine di 120 giorni a decorrere dalla data di presentazione della domanda) contestualmente inviando il provvedimento definitivo di concessione del trattamento (o di rigetto, in caso di riscontro negativo). Ove invece siano altri soggetti ad avere la competenza in sede di concessione, l'Inps invierà a tali enti, oltre che all'interessato, la comunicazione ed il verbale con il giudizio finale.

Fase transitoria

La circolare opportunamente si occupa della sorte delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009 presso le Asl. Nel caso in cui la visita medica sia già stata effettuata, il procedimento da applicarsi è quello ancora oggi in vigore. In ogni caso, dal momento che l'accertamento definitivo spetta all'Inps, i verbali delle Commissioni mediche Asl dovranno essere sottoposti all'esame di una Commissione medica composta da un medico Inps, da un medico rappresentante le associazioni di categoria e da un operatore sociale (ad esempio nei casi di handicap). Ove invece la visita sia stata solo programmata, le domande dovranno essere gestite secondo la nuova procedura in vigore dall'1.1.2010. Lo stesso per le visite mediche di revisione già programmate.

L'Inps invia all'interessato il verbale con l'esito della visita

Contenzioso giudiziario

Accanto a queste innovazioni che riguardano il profilo amministrativo, anche sul fronte giudiziario il Dl n. 78/2009 (conv. in legge n. 102/2009), con norma di immediata applicazione (art. 20, comma 6-bis), ha completato l'accentramento delle funzioni in capo all'Inps, mediante la previsione della necessaria presenza di un medico dell'Istituto alle operazioni peritali disposte dal giudice per la verifica dello stato di invalidità. Il medico così individuato, che a rigore non è consulente di parte in quanto non è nominato dal difensore dell'Inps, ha comunque le facoltà che il c.p.c. assegna ai consulenti di parte (presentazione al Ctu di osservazioni ed istanze). È compito quindi del Ctu nominato d'ufficio, in tutte le cause (si badi bene, anche quelle previdenziali e non solo assistenziali: ad esempio legge n. 222/1984, ecc.) in cui sia necessaria una indagine sullo stato di salute per il perseguimento di un beneficio, la comunicazione al medico dell'Inps, a pena di nullità, del luogo e della data di inizio delle operazioni peritali, allo stesso modo in cui, precedentemente, tale comunicazione doveva essere recapitata al Ministero dell'economia ai sensi dell'art. 42 del Dl n. 269/2003. La nullità di cui parla la norma non può che considerarsi relativa, non essendo prevista in modo esplicito la rilevanza d'ufficio in ogni stato e grado del processo. Trattasi di nullità che quindi deve essere eccepita ad istanza di parte nella prima udienza successiva al deposito della Ctu (art. 157 c.p.c.) e che riguarda non tanto la mancata partecipazione del medico legale Inps alle operazioni peritali, quanto la semplice mancata comunicazione della richiesta alla Direzione provinciale (assenza del documento che prova la trasmissione della richiesta).

La circolare dell'Inps è dedicata soprattutto a quest'ultimo profilo (oltre che a più specifiche indicazioni operative sull'attività dei funzionari chiamati a rappresentare l'Istituto in giudizio); è tuttavia opportuno accennare anche alle altre disposizioni contenute nell'art. 20 cit. per avere un panorama più dettagliato sulle novità che riguardano la materia.

Da un punto di vista amministrativo, dal 1° gennaio 2010 le Commissioni mediche delle Asl devono essere integrate da un medico Inps quale componente effettivo. All'Istituto spetta in ogni caso l'accertamento definitivo degli stati di invalidità, nonché la verifica della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di trattamenti di invalidità civile (sordomutismo, handicap ecc.). La presenza di un medico Inps nelle Com-

missioni costituisce un primo importante segnale circa la volontà politica di accentrare presso l'Inps (ente anche erogatore finale della prestazione) la fase di verifica dei requisiti sanitari per la attribuzione delle provvidenze di invalidità civile non solo nella fase successiva alla concessione, ma anche in via preventiva, in sede di emissione del provvedimento amministrativo. È tutto da verificare, in ogni caso, l'impatto di questa nuova tendenza sui numeri del contenzioso giudiziario. Esprime tale diverso atteggiamento anche la regola, sempre contenuta nell'art. 20 cit., secondo cui le domande amministrative volte ad ottenere il riconoscimento dell'invalidità o i benefici collegati dal 1° gennaio 2010 sono presentate direttamente all'Inps, che assume, in questa prima fase del procedimento, una importante funzione di raccordo e monitoraggio, essendo comunque tenuto a trasmettere le domande, in tempo reale ed in via telematica, alle Aziende sanitarie locali.

Sul fronte processuale, l'art. 20 interviene innanzitutto a correggere i difetti di coordinamento con la normativa precedente, difetti che erano parsi evidenti nel testo dell'art. 10, comma 6, del Dl 30 settembre 2005, n. 203, convertito nella legge 2 dicembre 2005, n. 248. Tale norma (assieme al

Commissioni mediche Asl integrate anche con medico Inps

Dpcm di attuazione del 30 marzo 2007) era a sua volta intervenuta sulle indicazioni già contenute nell'art. 42 del Dl n. 269/2003 (conv. in legge n. 326/2003) a completare il definitivo passaggio all'Inps delle funzioni e competenze in materia di invalidità civile. Con decorrenza 1° aprile 2007 (data di attuazione del trasferimento di competenze) l'art. 10 del Dl n. 203/2005 aveva previsto, oltre al passaggio alla difesa legale dell'Inps delle controversie instaurate tra la data di entrata in vigore del decreto e la data dell'esercizio da parte dell'Inps delle funzioni residue allo stato in materia di invalidità civile, la notifica obbligatoria all'Inps degli atti introduttivi dei giudizi, delle sentenze e degli altri provvedimenti giudiziari in materia di invalidità civile. Tuttavia la norma stranamente indicava quale luogo dove effettuare la notifica gli Uffici dell'Avvocatura dello Stato (in sostituzione della notifica alla Direzione provinciale dei servizi Vari del Mef) nonché le sedi provinciali dell'Inps. L'Istituto assumeva espressamente la natura di litisconsorte necessario ai sensi dell'art. 102 c.p.c., con la conseguente indicazione per cui, nel giudizio di primo grado, poteva essere rappresentato e difeso direttamente dai propri dipendenti. In ogni caso l'Istituto doveva assicurare la necessaria consulenza medico-legale. Era quindi parso ai più

Domande presentate dall'1.1.2010

Certificazione medica	Compilata in via telematica	Validità: 30 giorni	Prima ricevuta: è consegnata all'interessato con l'originale del certificato	
Domanda	Presentata all'Inps in via telematica entro trenta giorni dalla compilazione del certificato	Ricevuta digitale: indicazione della data e del luogo della visita (agenda degli appuntamenti)		
Accertamento del requisito sanitario	Visita: entro: 30 giorni dalla data della domanda in via ordinaria; 15 giorni in caso di malattie oncologiche certificate	Commissione Asl integrata da un medico Inps quale componente effettivo		
Redazione del verbale di visita elettronico	<i>Giudizio unanime:</i> validazione del Responsabile del Centro medico legale Inps territorialmente competente invio del verbale di visita all'interessato. Avvio del procedimento per l'erogazione (in caso di esito positivo)	<i>Giudizio a maggioranza:</i> a) validazione da parte del Responsabile del Centro medico legale Inps territorialmente competente entro 10 gg. b) ulteriore visita diretta da parte di una Commissione composta da medico Inps, medico di categoria e operatore sociale. All'esito: invio del verbale di visita		
Verifiche	<i>Verifica ordinaria:</i> in percentuale su tutti i verbali definiti dalla Commissione medica	<i>Verifica straordinaria</i> Stabilita annualmente secondo criteri variabili		
Trasmissione del verbale	Invito all'interessato ad indicare i requisiti socio-economici (in caso di accertamento del requisito sanitario)	Avverso l'accertamento sanitario è previsto solo il ricorso giudiziario entro i 6 mesi dalla notifica del verbale		
Provvedimento	Concessione ed erogazione del trattamento (effettuate le verifiche)	Rigetto amministrativo		
Accertamento del requisito sanitario	Verbale di visita Asl	Dal 1° gennaio 2010 la Commissione medica della Asl è integrata da un medico Inps quale componente effettivo		
Validazione del verbale di visita	Cmvp presso l'Inps (DI n. 203/2005 conv. legge n. 248/2005) per le domande successive all'1.4.2007 e per quelle non ancora definite alla data del 31.7.2007	La Cmvp deve pronunciarsi entro 60 giorni	<i>Esito:</i> a) conferma del verbale Asl (timbro di approvazione); b) nuova visita presso la Asl o presso le stesse Cmvp	
Comunicazione del verbale di visita	Competenza Asl per i verbali di visita approvati e della CMVP per le visite effettuate direttamente	Comunicazione del verbale all'interessato e all'ente preposto alla concessione nel caso di benefici economici	<i>Ricorso:</i> solo in sede giudiziaria al Tribunale del Lavoro entro 6 mesi dalla comunicazione del verbale (DI n. 269/2003 conv. legge n. 326/2003)	Notifica del ricorso alla Direzione provinciale Inps competente per territorio
Concessione del beneficio	Regioni, Comuni, Inps, Prefetture, Province, Asl	Verifica dei requisiti amministrativi	<i>Ricorso:</i> prima di esperire ricorso giudiziario è possibile ricorso amministrativo al Comitato provinciale Inps (msg. n. 26427/2005 e art. 130, comma 4, del Dlgs n. 112/1998)	Notifica del ricorso alla Direzione provinciale Inps competente per territorio
Erogazione	Inps			

che dal 1° aprile 2007 non fosse più necessario convenire in giudizio il Ministero dell'economia nelle controversie di invalidità civile. La norma del 2005 non aveva tuttavia espressamente abrogato l'art. 42 del Dl n. 269/2003 (che individua il Mef come litisconsorte necessario) e del resto lo stesso art. 10 del Dl n. 203/2005 rappresentava l'Inps come litisconsorte necessario con notifica del ricorso anche all'Inps, facendo quindi supporre la presenza necessaria di altri convenuti. Il decreto legge n. 78/2009 interviene chirurgicamente ad eliminare queste incongruenze, mediante: a) la soppressione della parola anche; b) la soppressione della notifica del ricorso presso gli uffici dell'Avvocatura dello Stato; c) la soppressione dell'indicazione dell'Inps quale litisconsorte necessario ai sensi dell'art. 102 c.p.c.⁽⁷⁾. L'Istituto diventa così, con decorrenza immediata (1° luglio 2009), il legittimato passivo unico nelle controversie che riguardano l'invalidità civile, e ciò certamente contribuisce a rendere più chiaro il panorama legislativo caratterizzato, come una eccessiva e dannosa stratificazione abbiamo potuto spesso constatare, da norme normative.

Venendo ora ai punti su cui si sofferma in modo più specifico la circolare dell'Inps in commento, occorre rilevare che lo scopo più o meno dichiarato dell'intera operazione di riforma è quello di fronteggiare più efficacemente il contenzioso in materia assistenziale che in modo crescente continua ad investire con numeri importanti soprattutto alcune regioni del meridione (Campania, Puglia, Calabria), e che costituisce una parte rilevante dell'intero contenzioso che quotidianamente occupa gli Uffici legali dell'Istituto. Il tentativo è quindi quello per un verso di liberare gli Uffici legali dell'Istituto dalla necessità di occuparsi delle controversie in materia di invalidità civile, per lo meno di quelle a carattere seriale; sotto altro profilo il legislatore si aspetta molto dalla presenza sia nella fase amministrativa che, soprattutto, nella fase giudiziaria, dei medici dell'Istituto. La stessa relazione programmatica del Civ dell'Inps per gli anni

La riforma affronta in modo diretto il «carico» del contenzioso

2009-2011 aveva segnalato come, al fine di risolvere almeno in parte il fenomeno del contenzioso, uno degli strumenti da utilizzare fosse proprio costituito dalla costante presenza dei medici dell'Inps nel contraddittorio medico che si instaura con il Ctu.

Per quanto riguarda l'attività ed il ruolo dei funzionari cui è affidata la gestione del contenzioso di I grado, la circolare affida al Direttore di sede la responsabilità per quanto attiene alla garanzia della presenza, in tutte le fasi del procedimento giudiziario, di un rappresentante dell'Inps. La possibilità dunque che l'Inps sia rappresentato e difeso direttamente dai propri dipendenti in tali giudizi costituisce una risorsa in più in mano all'amministrazione. Secondo quanto disposto dal messaggio n. 29953 del 12 dicembre 2007, che già regolava le modalità con cui effettuare il coinvolgimento dei funzionari amministrativi nella gestione del contenzioso, la possibilità di rappresentare

e difendere l'Inps nelle controversie relative alla invalidità civile è attribuita direttamente dalla legge e non necessita di alcuna specifica delega da parte del Direttore di sede né di altri dirigenti. Inoltre l'assistenza da parte dei funzionari passa da un esame preliminare, affidato al legale dell'Istituto, circa la valutazione in merito alla

tipologia e complessità della materia oggetto della controversia, nonché alla possibilità per il legale di trattare l'affare comunque in via diretta.

Con riferimento, invece, alla presenza della funzione medico-legale in ambito giudiziale, l'art. 20 del Dl n. 78/2009 ha aggiunto al comma 6 dell'art. 10 del Dl n. 203/2005 un'ulteriore norma di immediata applicazione (comma 6-bis)⁽⁸⁾ che prevede: a) la partecipazione di un medico legale dell'ente alle indagini peritali nel caso di nomina di un consulente tecnico d'ufficio nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali; b) la richiesta, da formularsi, a pena di nullità, da parte del Ctu nominato, di partecipazione del medico legale Inps alle operazioni, mediante invio di apposita

(7) Il comma 6 dell'art. 10 del Dl n. 203/2005, dopo le modifiche, così recita: «A decorrere dalla data di effettivo esercizio da parte dell'Inps delle funzioni trasferite, gli atti introduttivi dei procedimenti giurisdizionali in materia di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap, e disabilità, nonché le sentenze ed ogni provvedimento reso in detti giudizi devono essere notificati all'Inps presso le sedi provinciali dell'Inps. Nei procedimenti giurisdizionali del presente comma l'Inps, limitatamente al giudizio di primo grado, è rappresentato e difeso direttamente dai propri dipendenti».

(8) Art. 10, comma 6-bis, Dl n. 203/2005 (legge n. 248/2005): Nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali, nel caso in cui il giudice nomini un consulente tecnico d'ufficio, alle indagini assiste un medico legale dell'ente, su richiesta, formulata a pena di nullità, dal consulente nominato dal giudice, il quale provvede ad inviare apposita comunicazione al direttore della sede provinciale Inps competente. Al predetto componente spettano le facoltà indicate nel comma 2 dell'art. 194 c.p.c. Nell'ipotesi di sentenze di condanna relative ai ricorsi depositati a far data dal 1° aprile 2007 a carico del Ministero dell'economia e finanze o del medesimo in solido con l'Inps, all'onere delle spese legali, di consulenza tecnica o del beneficio assistenziale provvede comunque l'Inps.

comunicazione al Direttore della sede Inps territorialmente competente; c) l'indicazione dei poteri del medico legale Inps (art. 194, comma 2, c.p.c.: presentazione al Ctu di osservazioni ed istanze). Compete quindi al Ctu nominato d'ufficio, in tutte le cause (si badi bene, anche quelle previdenziali e non solo assistenziali: ad esempio legge n. 222/1984, ecc.) in cui sia necessaria una indagine sullo stato di salute per il perseguimento di un beneficiario, la comunicazione al medico dell'Inps (tramite il Direttore di sede) del luogo e della data di inizio delle operazioni peritali, allo stesso modo in cui, precedentemente, tale comunicazione doveva essere recapitata al Ministero dell'economia ai sensi dell'art. 42 del DL n. 269/2003. Da un punto di vista processuale la norma solleva comunque qualche problema pratico di coordinamento, già rilevato peraltro nella sua vecchia formulazione (ossia quando la comunicazione andava rivolta al Ministero). La presenza in giudizio dell'Inps, infatti, sia a mezzo di propri funzionari, sia tramite il ruolo istituzionale

Il Ctu comunica al medico Inps l'inizio delle perizie

dei suoi legali, di per sé comporta la possibilità di nomina di un proprio consulente di parte, facoltà che comunque non è stata intaccata dalla nuova disciplina. Probabilmente l'intento del legislatore è quello di assicurare comunque la presenza di un consulente di parte Inps in tutti i casi in cui sia stato nominato un Ctu, e ciò anche nelle ipotesi in cui non vi sia la possibilità di una difesa tecnica o la costituzione in giudizio dell'Inps. Allo stesso modo, sempre nell'ottica processuale, la nullità di cui parla la norma non può che considerarsi relativa, non essendo prevista in modo esplicito la rilevabilità d'ufficio in ogni stato e grado del processo. Trattasi di nullità che quindi deve essere eccepita ad istanza di parte nella prima udienza successiva al deposito della Ctu (art. 157 c.p.c.) e che riguarda non tanto la mancata partecipazione del medico legale Inps alle operazioni peritali, quanto la semplice mancata comunicazione della richiesta alla Direzione provinciale (assenza del documento che prova la trasmissione della richiesta).

Invalità civile: ultime istruzioni Inps

INPS - MESSAGGIO 30 DICEMBRE 2009, N. 30342

Oggetto: Nuovo processo dell'Invalità civile - Rilascio Pin alle Asl.

Con la pubblicazione della circolare n. 131 del 28 dicembre scorso è stato descritto, negli aspetti organizzativi e procedurali, il nuovo processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, di cui all'articolo 20 del DL n. 78/2009 convertito con modificazioni nella legge n. 102 del 3 agosto 2009; gli aspetti organizzativi e procedurali indicati sono stati definiti con l'obiettivo di realizzare la gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie, finalizzata ad una generale contrazione dei tempi di attraversamento del processo di erogazione delle prestazioni.

Nell'ambito del processo è molto importante curare tutte le fasi di raccordo tra la presentazione della domanda e la gestione della stessa per la fase di accertamento dei requisiti sanitari presso la Commissione medica integrata; in tale fase intervengono direttamente le Asl - tramite le Commissioni mediche, come illustrato nella circolare - per la parte che riguarda la gestione del calendario visite, la prenotazione della visita e degli ambulatori, la compilazione del verbale ecc.

Le attività citate, svolte dalle Asl, sono integrate nella procedura di presentazione e gestione delle domande di invalidità civile (INVCIV2010); conseguentemente, gli utenti Asl dovranno essere abilitati alle funzioni secondo i livelli di responsabilità e le funzioni svolte.

Al riguardo, le Asl possono richiedere all'Inps due diversi tipi di Pin che vengono dettagliatamente spiegati nel testo della circolare.

INPS - MESSAGGIO 31 DICEMBRE 2009, N. 30401

Oggetto: Invalidità civile 2010 - Rilascio procedure informatiche.

Con riferimento a quanto indicato nella circolare n. 131 del 28.12.2009 per la gestione del nuovo processo dell'invalidità civile si comunica il rilascio delle seguenti procedure sul sito Internet www.inps.it.

*- acquisizione online del certificato medico attestante le patologie invalidanti per i medici certificatori;
- acquisizione delle domande di invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità per il cittadino;*

- *acquisizione delle domande di invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità per i Patronati ed Associazioni di categoria;*
- *acquisizione dei dati per la gestione dell'agenda appuntamenti per il personale delle Asl.*

INPS - MESSAGGIO 30 DICEMBRE 2009, N. 30290

Oggetto: Fondo di previdenza per il clero secolare e per i ministri di culto delle Confessioni religiose diverse dalla cattolica.

Iter procedurale delle domande di riconoscimento delle pensioni di invalidità e dei ricorsi avverso i provvedimenti di reiezione per motivi sanitari.

INPS - MESSAGGIO 8 GENNAIO 2010, N. 552

Oggetto: Piano straordinario di verifiche Invciv - Provvedimenti.

Nel corso delle operazioni connesse al Piano straordinario di verifiche previsto dall'art. 80 della legge n. 133/2008, sono state riscontrate posizioni relative a soggetti convocati a visita con raccomandata inviata secondo le modalità prescritte dalle disposizioni in materia e non presentatisi senza giustificato motivo.

Le posizioni sono state sospese con ricostituzione d'ufficio centrale e si è provveduto all'inserimento della opportuna fascia di sospensione (cod. 60). La sospensione dei pagamenti avrà effetto dall'1.2.2010. Gli interessati saranno informati della circostanza con la lettera il cui schema è allegato al presente messaggio. Al fine di consentire, laddove ricorrano le condizioni, l'immediato ripristino del pagamento delle prestazioni e ridurre al minimo i disagi agli aventi diritto, le Commissioni mediche territorialmente competenti dovranno provvedere a contattare i soggetti interessati, anche per il tramite dei patronati, delle associazioni di categoria e di volontariato, di cui all'elenco trasmesso via e-mail dal Coordinamento generale medico legale ai responsabili delle Commissioni mediche.

È previsto, inoltre, che gli interessati possano contattare direttamente la stessa Commissione territorialmente competente. La finalità che si intende perseguire è quella di chiarire le motivazioni che non hanno consentito agli interessati di recarsi alla visita, con particolare riferimento a condizioni sanitarie che ne hanno determinato l'impossibilità come nei casi, ad esempio, di: degenza in strutture sanitarie protette; ricovero in strutture ospedaliere; intrasportabilità;

· ricorrenza di condizioni che comportano l'esonero dalla visita secondo le norme vigenti. I Responsabili delle Commissioni mediche dovranno sollecitare i servizi di medicina legale delle Asl territorialmente competenti perché trasmettano con la massima tempestività, ove non già pervenuti, i fascicoli sanitari degli interessati.

Con riguardo poi ai casi in cui dovesse risultare prova dell'effettiva mancata ricezione della raccomandata, ovvero siano in corso operazioni non registrate nella procedura INVER2009 come nei casi di: visite domiciliari programmate; visite per delega; giustificazioni per assenza a visita non ancora acquisite, gli operatori della competente unità organizzativa, in collaborazione con gli operatori dei Centri Medico Legali, nelle more della riconvocazione a visita, dovranno procedere con immediatezza a ripristinare il pagamento sospeso.

Le direzioni regionali provvederanno a comunicare alla Direzione centrale Pensioni - entro il 28.2.2010, utilizzando la casella di posta dedicata helpAmmlInver2009 - lo stato delle posizioni (nuova visita disposta, revoca, ripristino, esonero ai sensi del Dm 2.8.2007) di cui all'elenco fornito.